

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

|                       |                                                                                         |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  |            |    |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|--|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--|----|--|------------|----|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------|--|-------------|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | ○被保険者証等の記号番号                                                                            |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  | ○発病又は負傷年月日 |    |                                              |                                               | ○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）        |  |             |  |  |  |  |
|                       |                                                                                         |   |  | －                                                                                   |                       |  |    |  | 年 月 日      |    |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       | (フリガナ)                                                                                  |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  | 続 柄        |    | ○発症又は負傷の原因及びその経過                             |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       | 施 術 を 受 け た 者 の 氏 名                                                                     |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  | 男・女        |    | 1. 本人<br>2. 配偶者<br>3. 子<br>4. その他 ( )        |                                               | ○業務上・外、第三者行為の有無           |  |             |  |  |  |  |
|                       |                                                                                         |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  |            |    |                                              |                                               | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 |  |             |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄 | 初 療 年 月 日                                                                               |   |  |                                                                                     | 施 術 期 間               |  |    |  |            |    |                                              |                                               | 実 日 数                     |  | 請 求 区 分     |  |  |  |  |
|                       | 令和 年 月 日                                                                                |   |  |                                                                                     | 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日 |  |    |  |            |    |                                              |                                               | 日                         |  | 新 規 ・ 継 続   |  |  |  |  |
|                       | 傷 病 名 又 は 症 状                                                                           |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  |            |    |                                              |                                               |                           |  | 転 帰         |  |  |  |  |
|                       |                                                                                         |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  |            |    |                                              |                                               |                           |  | 継続・治癒・中止・転医 |  |  |  |  |
|                       | マ ッ サ ー ジ                                                                               |   |  |                                                                                     | 軀 幹                   |  | 円× |  | 回＝         | 円  | ※施術管理者以外が施術した場合に記入<br>施術者氏名<br>施 術 日 . . . 日 |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       |                                                                                         |   |  |                                                                                     | 右上肢                   |  | 円× |  | 回＝         | 円  |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       |                                                                                         |   |  |                                                                                     | 左上肢                   |  | 円× |  | 回＝         | 円  |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       |                                                                                         |   |  |                                                                                     | 右下肢                   |  | 円× |  | 回＝         | 円  |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       |                                                                                         |   |  |                                                                                     | 左下肢                   |  | 円× |  | 回＝         | 円  |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       | 変 形 徒 手 矯 正 術                                                                           |   |  |                                                                                     |                       |  | 円× |  | 肢×         | 回＝ | 円                                            | ※往療を必要とした場合に記入<br>往 療 日 . . . 日<br>往療を必要とした理由 |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       | 温 罨 法                                                                                   |   |  |                                                                                     |                       |  | 円× |  | 回＝         | 円  |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       | 温罨法・電気光線器具                                                                              |   |  |                                                                                     |                       |  | 円× |  | 回＝         | 円  |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       | 往療料 4 kmまで                                                                              |   |  |                                                                                     |                       |  | 円× |  | 回＝         | 円  |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       | 往療料 4 km超                                                                               |   |  |                                                                                     |                       |  | 円× |  | 回＝         | 円  |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       | 施術報告書交付料<br>(前回支給： 年 月分)                                                                |   |  |                                                                                     |                       |  | 円× |  | 回＝         | 円  |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
| 合 計                   |                                                                                         |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  | 円          |    |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
| 施術日<br>通院○<br>往療◎     |                                                                                         | 月 |  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                       |  |    |  |            |    |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>証<br>明<br>欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。<br>令和 年 月 日<br>免許登録番号<br>あん摩マッサージ指圧師                           |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  | 保健所登録区分    |    | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地                      |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       |                                                                                         |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  | 所在地        |    |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       |                                                                                         |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  | 所在地        |    | 施術所名                                         |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       |                                                                                         |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  | 施術管理者名     |    | ☎ 電話                                         |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
| 申<br>請<br>欄           | 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。<br>令和 年 月 日 千 一                                           |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  |            |    |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       | 被保険者 住 所<br>三菱製鋼健康保険組合理事長 殿 (請求者)<br>氏 名 ☎ 電話                                           |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  |            |    |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
| 支<br>払<br>方<br>法      | ・本請求に基づく給付は「給与」払いとします。<br>＜委任状＞三菱製鋼健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します<br>令和 年 月 日 被保険者氏名 ☎ |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  |            |    |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       | ・退職等で銀行振込を希望する方は次の欄に記入願います。<br>金融機関名： 銀行 支店 種目：普通・当座 口座番号： 名義：                          |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  |            |    |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
|                       |                                                                                         |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  |            |    |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>録      | 同意医師の氏名                                                                                 |   |  |                                                                                     | 住 所                   |  |    |  | 同 意 年 月 日  |    |                                              |                                               | 傷 病 名                     |  | 要加療期間       |  |  |  |  |
|                       |                                                                                         |   |  |                                                                                     |                       |  |    |  | 令和 年 月 日   |    |                                              |                                               |                           |  |             |  |  |  |  |

＜記入にあたっての注意事項＞

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

＜提出の流れ＞本人 → 事業所 → 健康保険組合（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）  
※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞

☐ 医師の同意書（原本）    ☐ 施術報告書（写し）    ☐ 往療状況確認表    ☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

問い合わせ先    三菱製鋼健康保険組合    TEL. 03-6262-8607